

**RENUNCIA DE RESPONSABILIDAD
POSICIÓN PARA DORMIR ALTERNATIVA
Recomendación del Doctor**

Nombre del menor: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Nombre del Padre, Madre o Tutor: _____

Dirección: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono del Trabajo: _____

No. de fax: _____ E-mail: _____

El médico de atención primaria del menor debe llenar la siguiente sección.

Nombre del médico de atención primaria: _____

Nombre de su práctica: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Pager: _____ Fax: _____

E-mail: _____

La Ley de Cuidado Infantil de Carolina del Norte exige que en los centros de cuidado infantil todos los bebés sean colocados sobre sus espaldas para dormir. De acuerdo a la recomendación del doctor del menor, el centro de cuidado infantil puede estar autorizado para usar una posición para dormir alternativa para el menor por razones médicas.

El menor mencionado arriba presenta la siguiente condición médica y necesita ser puesto en una posición para dormir alternativa:

Por favor describa la posición para dormir apropiada para el menor mencionado arriba:

Fecha de vigencia de la petición: de ____ / ____ / ____ a ____ / ____ / ____

Firma del Doctor: _____ Fecha: _____

“Yo, siendo el padre, la madre o tutor del menor mencionado arriba, por medio de la presente, libero y dejo a salvo de toda responsabilidad asociada con el daño a mi niño(a) debido al Síndrome de Muerte Infantil Repentina (*SIDS por sus siglas en inglés*) al centro de cuidado infantil mencionado a continuación, a sus dirigentes, directores y empleados. Afirmo y reconozco que se me ha proporcionado información con respecto al Síndrome de Muerte Infantil Repentina.

Asimismo, autorizo al centro de cuidado infantil y a sus empleados a que coloquen a mi niño(a) en una posición alternativa para dormir, según la recomendación del médico de atención primaria del niño, como se describe arriba.”

Firma del padre, madre o tutor: _____ Fecha: _____

Un directivo autorizado del centro de cuidado infantil debe llenar la siguiente sección.

Nombre del centro de cuidado infantil: _____ No. Identificación: _____

Firma del representante del centro infantil: _____ Fecha: _____